醫療延期報告
MEDICAL EXTENSION REPORT

期限:

日期

退回給:

個案號

醫療延期福利日期

☐ 您的醫療福利將持續到以上所示日期。
您的醫療還可能增加六(6)個月, 如果您能彙報以下所要求的信息。成人家庭成員可能需要在醫療延期的第二個六個月中支付一筆保險金以便繼續得到醫療福利。

☐ 為了使您繼續得到醫療延期福利, 您必須彙報以下所要求的信息。

在您沒有收入或與就業有關的兒童保育費的月份欄裡填上"0"。

	月/年	月/年	月/年	
所掙收入 (兩個家長)				
與就業有關的兒童保育費				
FOR OFFICE USE ONLY	**TOTAL**	**TOTAL**	**TOTAL**	**ADJUSTED MONTHLY GROSS** ÷ 3 =

有任何其他人幫助支付兒童保育費嗎? ☐ 有 ☐ 沒有

如有, 是誰? _____ 月額度 $_____

有一個孩子跟您一起生活嗎? ☐ 有 ☐ 沒有 如沒有, 請填上最後一個孩子離開的日期 _____

您或您家庭某成員現在是否有什麼新的或以前沒有報告給本部的醫療保險?
☐ 有 ☐ 沒有

您家庭是否有一位成人成員懷孕了? ☐ 有 ☐ 沒有

重要

提供日期

請在此日期前提供這一信息.....

福利停止日期

如我們沒有收到所需的信息, 您的醫療將在此日期停止 .....

關於醫療延期福利終止的信息, 請閱讀背面。

醫療延期終止
MEDICAL EXTENSION TERMINATIONS

在以下情況下, 您的醫療延期福利將被終止, 您的保險將結束:

- 您沒有在您的延期期間的第四個或第七個月的第二十一(21)天前提供此表前面的信息,
- 您搬離了本州,
- 您家裡沒有未成年孩子了, 或
- 您沒有支付您必要的保險金。

如果您對此表有什麼問題, 請按此表前面所列的社區服務辦公室(CSO)給您的財務工作人員打電話。